|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　様式１号**小 慢**指定医指定申請書兼経歴書 |
| （フリガナ）氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 年　 齢 | 　　　 　　　　 　歳 |
| 連絡先 | 現　住　所 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| メールアドレス |  |
| 勤務先の医療機関主たる勤務先を記載勤務先が複数ある場合は、裏面に記載 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 医籍登録番　　号 | 　第　　　 　　　　　　　　　号 | 医籍登録年 月 日 | 年　　　月　　　日 |
| 診断又は治療に従事した期間及び勤務先の医療機関の名称（過去５年以上） | 期　　間 | 医療機関の名称 |
|  |  |
| 指定要件に関する事項 | ①専門医資格　　 | 専門医の名称 |  |
| 有 効 期 間 |  |
| 認 定 機 関 |  |
| ②知事が行う研修　 |  研 修 名 称 |  |
|  修了年月日 |  |
| 上記のとおり、児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）第１９条の３第１項の規定による指定医の指定の申請をします。　年　　　月　　　日氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　石 川 県 知 事 　殿 |
| （注）1．勤務先の医療機関は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる勤務先を記載すること。　　　2．医師免許証の写しを添付すること　　　3. 専門医の資格を証明する書類の写しを添付すること（専門医資格による申請の場合のみ）複数の資格がある場合には、それぞれの資格を証明する書類を添付すること。 |

勤務先の医療機関

〇 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先の医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |